

# Cirugía del hombro

## - Tratamiento conservador de los resultados fallidos -

Dr. Julio Tarabini\* - Lic. Sandra Fugazot\*\*

\* Especialista en Ortopedia y Traumatología. Cirujano del Grupo de Hombro Montevideo.  
Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Hombro y Codo (SLAHO).

\*\* Fisioterapeuta. Miembro del Capítulo de Rehabilitación de la SLAHO

- Las diversas patologías del hombro tienen en común el dolor y la disfunción, con diversos grados de impotencia funcional. Dolor y disfunción adoptan características propias según la etiología, el tipo de lesión, la intensidad del dolor y la etapa evolutiva del proceso etiopatogénico.



Dr. Julio Tarabini

- La cirugía del Manguito Rotador permite corregir las alteraciones anatómicas que estas lesiones provocan, con la finalidad de calmar el dolor que producen y mejorar la función de la articulación más móvil del aparato locomotor.



Lic. Sandra Fugazot

### Introducción

La cirugía de las lesiones y afecciones del hombro datan de mucho tiempo, pero a partir de la década del 70, a instancias de Charles Neer II cobra auge -particularmente la cirugía del Manguito Rotador (MR)- con una rápida difusión y desarrollo en todo el mundo.

En Uruguay, quien promovió el estudio y perfeccionamiento en este campo fue el Dr. Isaac Ivanier, motivando que desde 1987 a la fecha, la cirugía del hombro se fuera convirtiendo en un hecho cada vez más corriente en nuestra especialidad.

La cirugía del MR -abierta o artroscópica- permite corregir las alteraciones anatómicas que estas lesiones provocan, con la finalidad de calmar el dolor que producen y mejorar la función de la articulación más móvil del aparato locomotor.

A pesar de su alto porcentaje de resultados satisfactorios, hay entre un 3 y 14% de resultados insatisfactorios según nuestra experiencia y la de diversos autores, la mayoría de los cuales corresponden a situaciones clínicas de dolor y disfunción persistentes propias de este tipo de cirugías -cirugías fallidas- que exigen una solución.

Sobre estas “nuevas” situaciones clínicas hacemos una puesta al día de sus principales causas, así como de sus tratamientos, particularmente los no quirúrgicos.

### Patología del Manguito Rotador

En el MR, el tendón que más frecuentemente se afecta es el del supraespinoso. Esto se atribuye clásicamente a:

- razones mecánicas: dicho tendón es el que más participa en los movimientos y estabilización del hombro;

- razones vasculares: presencia de un “*área crítica*” hipovascular y
- razones topográficas: dicha “*área crítica*” se encuentra en íntima relación con el sector anterior del acromion, contra el que “*choca*” sufriendo cargas “*compresivas*” o de impacto en su cara superior.<sup>(15, 16, 17, 18, 19)</sup>

Estas lesiones pueden ir desde una *tendinitis* a una *rotura de espesor parcial o total* del tendón. Las fibras tendinosas más susceptibles al desgarro, son las de la cara profunda del Manguito Rotador próxima a su inserción, definida por Codman como “*grieta en el borde*”.<sup>(20)</sup> Una vez que el desgarro se produce, por diversas razones tiende a no regenerarse y por tanto, a la no curación.<sup>(21)</sup>

Estas lesiones se inician frecuentemente a nivel del tendón supraespinoso a nivel de su inserción, próximo a la corredera bicipital.<sup>(22)</sup> Puede tratarse de una lesión aislada del supraespinoso, o extendida a los demás tendones del MR. La extensión más frecuente de la rotura es hacia atrás (roturas póstero-superiores) involucrando al infraespinoso; y menos frecuentemente hacia adelante alcanzando al subescapular (roturas antero-superiores), que habitualmente agregan una luxación de la porción larga del bíceps de su corredera.

En 1983 Neer<sup>(23)</sup> describió las lesiones por impacto como un proceso donde el MR y la bolsa subacromial sufren una degeneración, con lesiones cada vez más severas cuanto mayor es el individuo. Para su comprensión clínica y patológica dividió este proceso en tres estadios:

- **Estadio I.** De edema y hemorragia, frecuentes en menores de 25 años y reversibles con tratamiento conservador.
- **Estadio II.** De fibrosis y tendinitis, frecuentes en personas de entre 25 y 40 años, con dolor recurrente que obliga muchas veces a la descom-